

La desprofesionalización de la medicina en Colombia

JOSÉ FÉLIX PATIÑO • BOGOTÁ, D.C.

En abril de 1998, al tomar posesión como Presidente de la Academia Nacional de Medicina me refería a la “desprofesionalización de la medicina”, un preocupante hecho que ocurren en el contexto del modelo de medicina gerenciada (“*managed care*”) que ha implantado la Ley 100 de 1993. Fue un planteamiento de fondo sobre el cual la Academia ha venido trabajando con el propósito de identificar y modular los factores causantes del fenómeno (1,2).

Roberto Esguerra se ha referido al mismo tema en el Editorial de *Acta Médica Colombiana* en su edición de septiembre-octubre de 2000 (3), aparecida con ocasión del XVI Congreso Colombiano de Medicina Interna y la celebración de los 25 años de fundación de esta importante revista. En el primer párrafo de su editorial, afirma que “se habla mucho de la desprofesionalización médica y en Colombia se le asocia con ligereza a los efectos de la Ley 100 de 1993 con la que se reformó el sistema de salud”. Luego, Esguerra se refiere al proceso de *profesionalización* de la medicina en los Estados Unidos, consolidado con la publicación del Informe Flexner en 1910 (4), para argumentar que las cambiantes relaciones de la sociedad con la medicina y los errores médicos que crean interrogantes sobre el debido cumplimiento de las normas ética, los controles y el adecuado uso del conocimiento por parte de la profesión, son las verdaderas causas de la desprofesionalización de la medicina. Según Esguerra, “debemos aceptar que la mayoría de los factores que deterioraron la profesión dependen única y exclusivamente de causas internas y sólo en una escasa proporción provienen de factores externos”. También afirma que “no debe entonces sorprender que la medicina se haya desprofesionalizado progresivamente, pues todos los parámetros que dieron lugar al contrato social que la convirtieron en profesión han cambiado radicalmente y muchos no tiene validez presente”.

No comparto estos planteamientos, y más bien reitero que en Colombia el tenebroso panorama de desprofesionalización de la medicina tiene causas externas muy precisas y fácilmente comprobables.

Ya en otra ocasión, al asumir la Presidencia de la Sociedad Internacional de Cirugía y presidir el 33º. Congreso Mundial de Cirugía en Toronto en 1989, me pronuncié sobre el dilema que confronta la medicina universal moderna con el triunfo de la biología celular, un paradigma científico interferido por condiciones externas de carácter socioeconómico (5,6).

Por qué la reforma que instauró la Ley 100 de 1993 es causa de la desprofesionalización de la medicina?

En el informe de la Academia Nacional de Medicina sobre la reforma de la seguridad social en salud, *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud* (7), se lee: “Los principios en que se fundamenta la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 son buenos porque corresponden a una concepción moderna de justicia y seguridad social integral...se basa en un modelo de cobertura universal y de competitividad derivada de la libre escogencia por un usuario consciente de la calidad y de los costos. El modelo se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente. Es la hipótesis de la competencia regulada...Sin embargo, su implementación exhibe grandes fallas y ha resultado en una crisis de enormes proporciones, tal vez sin antecedente en la historia del país. Paradójicamente, la reforma, que abre un vasto panorama de equidad social, lleva al consumo de los nuevos cuantiosos recursos por un costoso mecanismo de intermediación y por utilidades corporativas, lo cual ha contribuido significativamente a la quiebra de las instituciones que prestan los servicios, especialmente de los hospitales públicos”.

La comercialización de la atención de la salud que implantó en Colombia la Ley 100 modifica en forma drástica la concepción misma de la moral social, al reemplazar el imperativo hipocrático que busca siempre el beneficio del paciente por un esquema económico que somete

Dr. José Félix Patiño Restrepo: Presidente, Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, D.C.
Acta Med Colomb 2001; 26: 43-49

el acto médico a los objetivos de lucro de la industria y al poder del mercado. En tal esquema el poder de decisión se sustrae del ámbito intelectual y científico de la profesión médica y pasa a manos de la burocracia administrativa de la corporación, convirtiendo al médico en un operario en la infraestructura corporativa creada con ánimo de lucro. Es un paso ominoso hacia la desprofesionalización de la medicina.

Como dice la Academia Nacional de Medicina en el Prefacio del informe *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud* (7), “En esencia es la conversión de la medicina, que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en un oficio que, al disminuir costos, resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias. Esta nueva interpretación económica es una negación del humanismo en una de sus expresiones más puras, cual es el ejercicio de curar y de velar por la salud mediante el profesionalismo médico. Al tiempo que la reforma abre oportunidades, también significa grandes peligros de perjuicio social. En esencia, la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantando la gobernación política y el concepto de rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien definida ética corporativa, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal”.

Esta es la esencia del problema. Reconociendo, como es obligatorio hacerlo, la necesidad y conveniencia de una rigurosa autocrítica, no se puede aceptar que sean las fallas de la medicina las causas principales de su desprofesionalización. Por el contrario, hay que mirar al entorno, por cuanto es reconocido que el comportamiento profesional es muy dependiente del contexto (8).

“Hoy, en los albores de un nuevo siglo, el genuino profesionalismo médico está en peligro. En forma creciente el médico confronta incentivos financieros perversos, una feroz competencia mercantil y la erosión de la confianza del paciente”, dice M.K. Wynia y colaboradores en un reciente comentario editorial en el *New England Journal of Medicine* (9).

Las críticas a la medicina han existido a través de la historia. El gran Cayo Plinio Segundo, “Plinio El Viejo”, en su monumental enciclopedia, la *Historia Natural*, aparecida en el siglo I d.C. (10,11), se ensaña contra los médicos de su época, la de la Roma Imperial, aconseja librarse de ellos para mantenerse sano, acusa a la medicina griega de charlatanería y hasta cita un sarcástico epitafio, aparentemente popular en esos tiempos: “Murió a causa de la confusión de sus médicos”.

Tales críticas vienen desde los tiempos de Hipócrates. En su *tratado Sobre el arte* (“sobre la ciencia médica”), Hipócrates escribe: “Y hay también quienes, debido a los médicos que no quieren tratar a los pacientes vencidos por la enfermedad, se lo reprochan a la medicina, diciendo que son precisamente las enfermedades que se curarían por sí solas las que ellos se encargan de curar y, en cambio, no ponen la

mano en las que necesitan gran ayuda; y que si el arte existe, debe curarlo todo por igual”. Pero también, “el padre de la medicina” hace autocrítica. En el tratado sobre el régimen (la dieta) en la enfermedad aguda, dice: “La ciencia de la medicina ha descendido tan bajo en la opinión popular que ya para nada parece ser la ciencia de curar” (12-14).

Muy comentada fue en los años 1970 la obra *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, del sacerdote austriaco radicado en México, Ivan Illich (15), quien planteó el crecimiento de la iatrogenia clínica social, cuestionó el “mito” de la medicina y negó su capacidad para mejorar la salud de las personas: “El establecimiento médico se ha convertido en una amenaza mayor a la salud”, dice en la primera frase de su libro; y continúa: “El impacto incapacitante de control profesional sobre la medicina ha alcanzado las proporciones de una epidemia”. Y: “la amenaza que la medicina actual representa para la salud de las poblaciones es análoga a la amenaza que el volumen y la intensidad del tráfico representan para la movilización, la amenaza que la educación y los medios representan para el conocimiento, y la amenaza que la urbanización representa para la competencias en la creación de hogares. En cada caso un propósito institucional mayor se ha hecho contraproducente” (es mi propia traducción del texto original en inglés).

El más reciente crítico de la medicina es Michael L. Millenson, de la firma William M. Mercer de Chicago consultora de la American Association of Health Plans (ubicada en Washington, D.C., algo así como la versión norteamericana de nuestra ACEMI), defensor fanático del modelo del “*managed care*” de los Estados Unidos (16). A él se puede aplicar la primera sentencia del *Tratado Sobre la Ciencia Médica* de Hipócrates: “Hay quienes han convertido en propia ciencia el difamar las ciencias...” (13).

Pero las críticas de Illich, y las más recientes de M.L. Millenson en su libro *Demanding Medical Excellence* (17), como las que presagian “el fin de la medicina”, aunque válidas en unos aspectos, si se toman en el debido contexto, se refieren fundamentalmente a la medicalización de problemas sociales por una parte, y a expectativas de la sociedad, que la medicina, a pesar de sus buenos propósitos, no puede cumplir. A eso se refieren De Vries y colaboradores en su obra *The Use and Abuse of Medicine* (18) y A.J. Duning en *Hermano Asno* (19). “La sociedad espera de la medicina cosas a las que ésta (por más que haya dado lugar ella misma a las expectativas correspondientes) no puede dar cumplimiento de forma alguna. Hay una impotencia e incapacidad para hacer desaparecer todas las plagas, a pesar de todo el supuesto progreso. Y allí donde esa esperanza es defraudada, surge la crítica, la alternativa y el descontento”.

Y como la lo afirma Augusto Sarmiento, “tenemos conciencia de que la medicina está bajo ataque y de que nos culpan por problemas que nosotros no hemos creado”.

Sarmiento (20) también opina, como todos nosotros que debemos responder a las críticas y a la desconfianza en forma constructiva y totalmente libre de egoísmo. Y mostrar los

logros de la medicina, su inmenso beneficio a la sociedad, su ilimitada capacidad de servicio.

Hoy, a la luz de las teorías de caos y complejidad, es ampliamente reconocido que muchos de los supuestos errores médicos son más bien resultados inesperados de reacciones biológicas impredecibles.

A la incertidumbre, a lo impredecible de los organismos biológicos complejos, se refiere la *teoría del caos* (21). Lo que en física es un error predecible, en medicina es incertidumbre, es comportamiento impredecible. Fue William Osler quien dijo que la práctica de la medicina es un arte, basada en ciencia, pero ¿quién puede referirse a las incertidumbres de la medicina como un arte? “La variabilidad es la ley de la vida. Al igual que no hay dos caras iguales, ni dos cuerpos iguales, tampoco dos individuos que reaccionen y se comporten igual bajo las condiciones anormales que conocemos como enfermedad” (22). En el *Fin de las Certidumbres*, el nobel Ilya Prigogine se refiere a la nueva perspectiva de la ciencia, una que significa la transformación de las leyes de la física y, por ende, de toda nuestra descripción de la naturaleza. “En el curso de los últimos decenios nació una nueva ciencia: la física de los procesos de no equilibrio. La ciencia clásica privilegiaba el orden y la estabilidad, mientras que en todos los niveles de observación reconocemos hoy el papel primordial de las fluctuaciones y la inestabilidad... Tanto en dinámica clásica como en física cuántica las leyes fundamentales ahora expresan posibilidades, no certidumbres” (23). Esta es la nueva ciencia que se debe aplicar al ejercicio de la medicina.

El profesionalismo y el *managed care*

La medicina es una disciplina intelectual, es una ciencia (“la mas joven de las ciencias” según Lewis Thomas) (24) y se ejerce como profesión, o sea que encaja plenamente dentro del concepto de profesionalismo.

Razón tiene Roberto Esguerra, uno de los más brillantes exponentes de la medicina colombiana, en afirmar que “si la medicina llegara a desaparecer como profesión habría muchos efectos negativos para la sociedad, para los pacientes y para los propios médicos. La sociedad perdería la garantía que debe proporcionar la profesión de que todo aquel que pertenezca a ella es un individuo idóneo, bien entrenado, con conocimiento especializado y con unas reglas de conducta que garantizan la calidad de sus servicios”. Reclama Esguerra, también con razón, que el médico revise el contrato social a la luz de la realidad actual y futura.

Pero en lo que diferimos es en la concepción del nuevo “contrato social” como la aceptación total del modelo norteamericano de medicina gerencial (*managed care*), contemplado éste como el sistema exclusivista de atención de la salud que mejor interpreta y responde a las expectativas de nuestra sociedad, uno que es dirigido por las entidades intermediarias con ninguna participación de los afiliados en la toma de decisiones y la definición de políticas. El contrato social entre la medicina y la sociedad se basa en el profesionalismo, *el profesionalismo al servicio del paciente y la sociedad*. El

mejor modelo de atención de la salud es el que mejor conserve y fortalezca este tipo de contrato social.

En el “*managed care*” de los Estados Unidos las fuerzas del mercado determinan la prestación de los servicios de salud, en un contexto de competencia no regulada, una manera de capitalismo corporativo que suplantó al capitalismo individual de los médicos y los hospitales, una creciente concentración oligopólica en la ya bien consolidada industria de la salud (16). En Colombia, el oligopolio ya se encuentra concentrado en las entidades de intermediación financiera que conforman la industria de la salud y que se benefician de las oportunidades de negocio que creó la Ley 100 de 1993, y se convierte rápidamente en monopolio con la crisis de la red pública de prestación de servicios y el peligro de liquidación del ISS. Con ello desaparece la competencia que dice establecer la Ley 100 entre los sectores público y privado, y se acentúa la erosión de los derechos del consumidor a una real atención, que es mucho más que la simple posesión de una tarjeta que lo acredite como afiliado al sistema.

Reconociendo que el rol del médico en la sociedad moderna ha sufrido cambios profundos, es evidente que ante la creciente divergencia entre las expectativas de la sociedad y de la medicina, el profesionalismo es el factor que salva la brecha entre la sociedad y el médico. Por ello, como lo dice A. Sarmiento (25), los autores de las ciencias sociales examinan permanentemente los conceptos de las modernas profesiones y de los comportamientos profesionales. Todos aceptamos que en el profesionalismo hay una moralidad y unas virtudes inherentes, que representa un ideal que debe ser sostenido y anhelado y, ante la dificultad de mantener valores en los sistemas burocráticos y los orientados por el mercado, las sociedades tienden a regresar al profesionalismo como la mejor alternativa. E.D. Pellegrino se ha referido a la profesión médica como una comunidad moral (26). Dicen Wynia y colaboradores (9): “el profesionalismo es una fuerza estructuralmente estabilizadora y moralmente protectora de la sociedad... Las profesiones protegen no sólo a las personas vulnerables sino también los valores sociales vulnerables... Cuando el profesionalismo, en el contexto de actividades centrales de la sociedad se hace inestable, ello marca el surgimiento de problemas sociales”.

La renovada fe en el profesionalismo y en el médico como agente del paciente son fenómenos visibles en el crecientemente criticado “*managed care*” de los Estados Unidos: insatisfacción con los constantes incrementos en los costos de las pólizas, impedimentos para el acceso, selección adversa, calidad de la atención, restricción de los derechos del usuario, erosión de la autoridad y autonomía del médico para la toma de decisiones (27). Otra crítica, y causa de mucha preocupación, es la tendencia hacia la expansión del mercado con ánimo de lucro a muchos componentes del sector de los servicios: hospitales comunitarios y públicos, agencias locales de salud, organizaciones de revisión de la utilización de servicios (*utilization review organizations*) y empresas promotoras de salud (*health maintenance organizations*), lo cual hace que

el beneficio potencial para las comunidades se encuentre en peligro y que, a menos que se tomen medidas colectivas, el beneficio para la comunidad desaparezca de la agenda de las políticas de salud (28). En realidad, en los Estados Unidos con el “*managed care*” se produjo un fenómeno sorprendente: el desvío de los recursos de aplicación directa para la atención de la salud hacia costos administrativos y utilidades corporativas. El estipendio de los más altos ejecutivos de algunas compañías de manejo gerenciado de la salud ha sobrepasado los US\$3 millones por año (29).

¿Entonces en qué diferimos del planteamiento de Esguerra? Ciertamente no en la necesidad de fortalecer los valores de la medicina “desde adentro” de la profesión: esta es una obligación tradicional y milenaria, es el “mandato hipocrático”. Pero sí en considerar que la manera como se ha implementado en Colombia el modelo de atención médica gerenciada creado por la Ley 100, sea la única o la mejor alternativa para el país. Otros modelos de atención de la salud diferentes del “*managed care*” operan con éxito en varias naciones; basta citar a Canadá, España, los países escandinavos o la Gran Bretaña. Observadores internacionales se muestran sorprendidos con la manera como en Colombia se instaló, y sobre todo la manera como se ha desarrollado y ejecutado, el modelo, dando clara preferencia y protección al sector privado con ánimo de lucro sobre el sector público, el cual entró en clara desventaja a competir en un mercado abierto en una sociedad poco informada y de capacidad económica desigual. Sin embargo, al médico colombiano, doblegado por el oligopolio corporativo, no le es permitido disentir y si lo hace se lo tacha de no estar a tono con “el nuevo contrato social”.

Ciencia profesionalismo implican la posesión de un arsenal de conocimiento especializado, el cual debe ser constantemente actualizado y enriquecido por la investigación científica. Por ello en medicina, y en la atención de la salud en general, los recursos que se asignan a investigación representan no un gasto, sino una inversión imprescindible y de alto rendimiento. Es inversión en el capital intelectual de la medicina. Y la medicina, como profesión, es una actividad intelectual. Desposeída de su capital intelectual, la medicina deja de ser profesión para convertirse en un oficio.

Según una encuesta hecha por la Academia Nacional de Medicina en trece hospitales no universitarios pero que tienen activos programas de internado y residencia, ni en el presupuesto de 1999 ni en el de 2000 se han podido incluir rubros para biblioteca, informática, capacitación o investigación (“tampoco tenemos un peso para mantenimiento ni para actualizar tecnología”, dijo uno de los gerentes). Excepto en Bogotá, donde la Secretaría de Salud desarrolla un moderno plan de bibliotecas virtuales en los hospitales públicos, no se registra inversión por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud para atender la dotación de bibliotecas, ni para el desarrollo de centros de redes de documentación, ni para la necesaria capacitación del personal que presta los servicios. Mucho menos para investigación. Es bien sabido que las entidades intermediarias que reciben los cuantiosos

recursos públicos (cerca del 10% del PIB ingresa al sector de la salud) consideran la docencia y la investigación como gastos que deben ser suprimidos en el fin de lograr un mayor rendimiento económico. Sin bibliotecas ni centros de documentación, sin mejorar el conocimiento y la habilidad del personal, sin investigación científica, la medicina avanza rápidamente hacia la desprofesionalización.

La revolución de las comunicaciones y de la informática han creado lo que Marcelo Alonso denomina la “tercera cultura”, entendida como una filosofía natural que adopta la sociedad moderna al convertir el conocimiento científico en patrimonio universal, en dominio del ciudadano corriente (30). El conocimiento médico ya no es de carácter monopolístico; ahora es ampliamente asequible. Ello significa, por supuesto, una mayor responsabilidad de interpretación, aplicación y orientación por parte del profesional médico, quien debe ser una persona dueña de sólidos conocimientos y de gran inquietud intelectual; mantener el conocimiento médico es una inversión obligatoria en cualquier sistema de salud.

Profesionalismo es también compromiso de servicio, en términos de responsabilidad social; de servicio idóneo y de calidad, anteponiendo la seguridad y el bien del paciente a toda otra consideración. Es la reafirmación de reconocimiento de un ser humano que requiere atención, lo que se denomina *paciente*, por encima del individuo cuya afiliación al sistema significa una mayor entrada, siempre y cuando no se gaste mucho en su atención; este es el *cliente*.

Pero ante todo, profesionalismo significa autonomía intelectual, independencia en la toma de decisiones. Tal la esencia del acto médico, en el marco moral y deontológico que define la ética hipocrática.

El más preocupante indicador de desprofesionalización de la medicina es la pérdida de la autonomía en la toma de decisiones en beneficio del paciente y de la sociedad, por las imposiciones de la estructura administrativa de la atención gerencial de la salud, cuyo objetivo casi único es la contención de costos para lograr mejor rendimiento económico. Un ejemplo triste de esta afirmación lo constituyen los médicos de atención primaria o de medicina familiar, por una parte, y los auditores médicos, por otra, que contratan las empresas de intermediación financiera. A los primeros los convierten en *gatekeepers*, o cancerberos (31), y a los segundos en contralores de costos, pervirtiendo así los objetivos y los deberes que tan importantes personajes deben cumplir como agentes del paciente, no de las empresas. Tal situación crea una verdadera contradicción ética y es un importante factor de desprofesionalización.

El deber del médico, insustituible, es ser agente de los pacientes y de la salud pública, y ello es la esencia de su actividad diaria. El médico es promotor de los valores de la salud por encima de los valores del gobierno o de los planes corporativos de atención de la salud. Se reconoce que esto le puede significar, al defender el interés del paciente, la animadversión de las corporaciones que administran los planes de salud. Precisamente la falla del médico en su deber así conce-

bido, causa la erosión de los valores de la salud pública: esta responsabilidad es la que diferencia al verdadero profesional médico del doctor mercenario de una compañía (9).

En Colombia, un sistema de atención de la salud, supuestamente estructurado para mayor cobertura y equidad, dejó de ser un servicio social para transformarse en una oportunidad de negocio. Al convertir al paciente en cliente, se pierde la dimensión social y humanitaria, y el cliente preferido viene a ser el que menos recursos consume. También lo es el médico a su servicio que menos exámenes, medicamentos o interconsultas ordene al *cliente*. En el nuevo sistema las enfermedades catastróficas se convierten en un indeseable riesgo económico, el cual los intermediarios que hoy manejan los recursos públicos de la salud han traspasado a las instituciones y personas que prestan los servicios. El resultado ha sido la más grave crisis en la historia de la salud en Colombia y ha creado un medio de acoso y de limitaciones en el cual el profesional médico trata de cumplir su obligación social, y en el cual se forman los nuevos médicos y demás profesionales de la salud.

Otro gran componente del profesionalismo es la autorregulación. La medicina ha ejercido con responsabilidad y compromiso social. Las organizaciones profesionales y las sociedades científicas han promovido la excelencia, han sentado requisitos mínimos para el ejercicio, han definido credenciales para la práctica médica, han organizado comités, consejos y tribunales de ética y de conducta profesional. La medicina, como pocas profesiones, tiene mecanismos institucionales propios de control, de auditoría y de garantía de calidad, ha establecido procesos académicos de acreditación y certificación. Infortunadamente, una “leguleyada”, tan común en Colombia, dio al traste con un mecanismo ejemplar de acreditación y certificación que ejecutó con rigor ASCOFAME por muchos años. Estoy totalmente de acuerdo con Esguerra en la necesidad de restablecer éste u otros mecanismos con el mismo fin de garantizar idoneidad.

La capacidad de autorregulación de la medicina, también se debilita ante la dominación burocrática de las entidades intermediarias que hoy manejan los dineros públicos destinados a la atención de la salud.

Es imperativo fortalecer el profesionalismo médico, y un factor de gran importancia a este efecto es la promoción y la superación de los estándares profesionales (32). Para lograrlo, las entidades intermediarias deben hacer inversiones en educación, información, capacitación e investigación, dando apoyo a las asociaciones y sociedades médicas que persiguen este fin.

¿Por qué la Ley 100 de 1993 está causando la desprofesionalización de la medicina?

En primer lugar, porque la manera como opera el sistema de atención gerencial de la salud impuesto en Colombia atenta contra los fundamentos y la estructura misma de la medicina, considerada como ciencia y como profesión, al transformar la atención de la salud en un negocio y al reconocerle sólo dos dimensiones, una social, la económica, y una

estructural, la administrativa. Deja a un lado la dimensión humanitaria y la dimensión científica, las cuales constituyen la esencia de la profesión médica.

Actualmente, cuando los recursos destinados a la atención de la salud por la misma Ley 100 son más abundantes que nunca, éstos se consumen en gastos administrativos y en utilidades corporativas, lo cual ha llevado a la red de prestación de servicios a una crisis sin antecedentes. Ya se ha visto cómo en siete años de implantación de la Ley 100 no aparece inversión alguna en el capital intelectual de la medicina, representado por recursos de información y documentación (bibliotecas, informática), programas de capacitación, investigación científica. Sin embargo, las EPS privadas registran un tremendo crecimiento patrimonial, y una de ellas Saludcoop, ya ocupa el 30º. lugar entre las 100 empresas más grandes del país (33).

La autonomía intelectual desaparece, al trasladarse la toma de decisiones de la jerarquía profesional a la burocracia administrativa de las empresas intermediarias. El médico entonces es llevado a cambiar su misión de defensa de los intereses del paciente en pro de los intereses de la entidad intermediaria, y se lo convierte en una pieza más de la estructura de la empresa: el imperativo hipocrático pasa a ser sustituido por un mandato burocrático.

El resultado es el debilitamiento o la desaparición del imperativo ético y moral que significan los conceptos básicos de devoción y dedicación, de hacer lo óptimo por el paciente. El ejercicio médico se fundamenta en la toma de decisiones en un contexto intelectual basado en evidencia científica. El acto médico es un ejercicio en humanismo, entendido también como humanitarismo, y en lógica deductiva como manejo de la información. Se basa en una insustituible relación de confianza mutua entre el médico y su paciente, cuyas dimensiones humanas y de espiritualidad deben ser individualmente consideradas y atendidas. La calidad de la atención, por su puesto, depende ante todo de la intensidad del cumplimiento del imperativo hipocrático, o sea del profesionalismo médico.

La medicina es una ciencia. Y una ciencia es una *actividad*, más que un arsenal enciclopédico y estático de conocimiento, como lo definen Skrabanek y McCormick (34), quienes afirman que sin ciencia, la medicina aún estaría en el oscurantismo. La implementación de la Ley 100 no muestra inversión, ni siquiera preocupación, por paciencia. ¿Es esto, o no lo es, un factor grave de desprofesionalización de la medicina?

El “*managed care*”: ¿un híbrido defectuoso?

La Academia Nacional de Medicina ha llamado la atención sobre la defectuosa implementación de la Ley 100, que ha abortado el cumplimiento de sus loables objetivos de cobertura, equidad y calidad, y ha pedido redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud como un mecanismo de servicio social para evitar que se consolide en la posición de negocio y comercio que hoy presenta. Este peligro ha sido señalado en otros países, desde hace años, como en los Estados

Unidos, por personas tan autorizadas como Arnold S. Relman, antiguo editor del *New Englan of Medicine*, quien advirtió sobre la necesidad de que el “complejo médico-industrial ponga los intereses del público por delante de los intereses de los accionistas” (35).

Roger J. Bulger, del *Institute of Medicine y la National Academy of Sciences* y presidente de la Universidad de Texas en Houston, en su conocida obra *In Search of the Modern Hipócrates* se pregunta si el complejo médico-industrial habrá de destruir al médico tradicional para convertirlo en empleado de las corporaciones con ánimo de lucro y hacerlo mayormente responsable ante tales instituciones que ante sus pacientes. El autor predice severos cambios para la profesión médica, los cuales afectarán la relación básica médico-paciente (36).

Al complejo médico-industrial también se ha referido A. Sarmiento (25) con singular clarividencia.

JD Kleinke (37) advierte cómo la industrialización de cualquier negocio significa la compulsión a forzar la producción a los más bajos costos, reemplazando donde sea posible el trabajo profesional por tecnología o por personal técnico menos calificado. Cita este autor el crecimiento en el número de los “ayudantes de médicos” (*physician assistants*), de 20.000 en 1991 a 29.000 en 1997. El número total de *physician assistants* que se gradúan anualmente en los Estados Unidos han ascendido en 88.2% a partir de 1991. Este personal diagnostica y trata pacientes. ¿Más clara señal de desprofesionalización por la atención médica gerenciada (*managed care*)?

Medicina y comercio: ¿es el *managed care*” un monstruoso híbrido? Pregunta Frank Davidoff, en un reciente artículo en los *Annals of Internal Medicine* (38,39).

En cuanto a costos, es interesante el estudio de la Universidad de Darmouth (40) que muestra cómo los gastos en la atención de Medicare en los Estados Unidos fueron sustancialmente mayores en los hospitales con ánimo de lucro, que en su contraparte sin ánimo de lucro. En Colombia al convertir a los hospitales en empresas que sean autosuficientes a través de facturación, ya se ha observado un costo creciente, que aún en los hospitales públicos sobrepasa la capacidad de pago de las secretarías de salud y en general del sistema. La facturación, evidentemente, se ha convertido en un mecanismo perverso en las empresas sociales del Estado.

Varias publicaciones han planteado la incompatibilidad de paradigmas que surgen con las reformas basadas en *managed care*. Guidotti, de la Universidad de Alberta, analiza esta situación y plantea la necesidad de disminuir las tensiones dinámicas y establecer un balance adecuado que logre lo mejor para la sociedad (41). En efecto, Jane Jacobs plantea en su obra publicada en 1992, que la coexistencia de los dos sistemas de valores: el del *guardián*, que corresponde a la medicina, y el *mercado*, que corresponde a la reforma de la atención de la salud, crean tensión y requieren un esfuerzo para lograr el debido equilibrio (42). Esta coexistencia, sin embargo, es necesaria en la sociedad moderna, y precisamente a ello se refiere Frank Davidoff, editor de *Annals of Internal Medicine*, en sus dos artículos sobre “medicina y comercio”

(38,39). Pero el autor, a manera de advertencia, cita a *Quentin Young*, Presidente de la *American Public Health Association*, quien en relación a tal simbiosis afirma que si el propósito de la medicina se convierte en buscar el máximo lucro para los accionistas, entonces el interés financiero personal ya no será una violación del juramento profesional, sino la norma —el nuevo estándar de la práctica médica (38).

Para mantener y fortalecer la concepción de la atención de la salud como una empresa social, la Academia Nacional de Medicina reclama salvaguardar los principios de la medicina como profesión y como ciencia, y muy especialmente acrecentar su capital intelectual para detener el grave problema de desprofesionalización que ya es evidente. Es responsabilidad no sólo del sector médico, sino de toda la sociedad, y muy especialmente de los poderes ejecutivos y legislativos, adoptar medidas que aseguren que la profesión médica no se siga deteriorando en Colombia y que la medicina se mantenga como el ejercicio de una noble profesión y no se convierta en el simple desempeño de un oficio.

La Academia ha planteado que considerados los buenos propósitos de la reforma de la salud, pero su pésima implementación, todos nos propongamos corregir sus defectos, en vez de defender a ultranza la ejecución de la Ley 100, desconociendo sus errores que todos contribuyan a enderezarla para que pueda cumplir a cabalidad los objetivos sociales que la motivaron. Y entre ellos, como uno principal, la calidad de la atención, la cual depende de la idoneidad, o sea, de evitar la desprofesionalización de la medicina. Una voz colombiana autorizada, la de Francisco Yepes (43), enumera los abundantes problemas que presenta la implementación de la reforma, y afirma que la mayor parte de ellos pueden ser resueltos mediante regulación, sin necesidad de cambiar la ley. Así lo cree la Academia, y así se ha pronunciado (7,44).

La Academia ve con enorme beneplácito y apoya los esfuerzos que hacen la Superintendencia Nacional de Salud en depurar las bases de datos y lograr un listado único y confiable de afiliados, y el Ministerio de Salud, en cuyos recientes proyectos de reglamentación se ve una orientación a proteger los derechos del paciente en su libre escogencia y los de los hospitales públicos mediante un pago anticipado de servicios por parte de las entidades intermediarias. En los Estados Unidos está próximo a ser aprobado en el Congreso un importante proyecto de ley destinado a la protección de los derechos del paciente en cuanto a *accountability* (*responsabilidad* parece ser la mejor traducción) por parte de las aseguradoras y a limitar la tiranía que ejerce el “*managed care*” sobre consumidores y prestadores (45).

Por lo pronto, como editorializan RW Schwatz y colegas, los médicos no deben abdicar su papel tradicional como líderes en la atención de la salud y más bien capacitarse en las disciplinas de la economía de la salud, la administración y la gerencia, integrándose con decisión a los sistemas de aseguramiento como agentes de los pacientes y como defensores de los principios básicos que constituyen el profesionalismo médico al servicio de la sociedad (46,47)

Los médicos deben ser los líderes en la atención de la salud en siglo XXI y su responsabilidad primaria debe ser la preservación del profesionalismo de la medicina en el contexto del nuevo contrato social (48), y luchar por la moralidad del “mercado de la salud” (49) que ha impuesto el **managed care** (50). Se perfilan grandes dilemas al comenzar el milenio (51), y corresponde a la profesión salvaguardar los principios de la medicina y de la educación médica, al igual que lo hizo Abraham Flexner en los comienzos del siglo XX. Esta es la mejor defensa de los intereses de la sociedad.

Referencias

1. Patiño JF. La profesión médica, la reforma de la salud. Discurso de posesión. *Medicina* 1998; 20:1-5.
2. Patiño JF. Discurso de posesión del Académico José Félix Patiño Restrepo como Presidente de la Academia Nacional de Medicina. *Rev Colomb Cir* 1998; 13: 61-64.
3. Esguerra R. La desprofesionalización de la medicina. *Acta Med Colomb* 2000; 25: 207-209.
4. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four (1910). The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York, 1910.
5. Patiño JF. El triunfo de la biología molecular y el auge de las ciencias biomédicas: Paradigma biológico y dilema social de la cirugía moderna. *Rev Colomb Cir* 1989; 4: 126-128.
6. Patiño JF. The Triumph of molecular biology and the rise of biomedical science. Biological Paradigm and social predicament of modern surgery. *World J Surg* 1990; 14: 559-561.
7. Academia Nacional de Medicina. La Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Editado por JF Patiño y la Comisión de Salud. Academia Nacional de Medicina, Bogotá, febrero de 1999.
8. Ginsburg S, Regehr G, Hatala R, McNaughton N, Frohna A, Hodges B, et al. Context, conflict, and resolutions: A new conceptual framework for evaluating professionalism. *Acad Med* 2000; 75 (Supplement): S6-S12.
9. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emmanuel LI. Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 1999; 18: 1611-1616.
10. Patiño JF. La “Historia Natural” de Cayo Plinio Segundo y el desarrollo de las ciencias naturales en América. *Medicina (Bogotá)* 13: 40, 1986.
11. Patiño JF. La “Historia Natural” de Cayo Plinio Segundo. *Tribuna Médica* 1990; 82: 377-394.
12. Hipócrates. *Tratados Hipocráticos*. Alianza Editorial S.A. Madrid, 1996. Pag. 190.
13. Hipócrates. *Tratados Hipocráticos*. Sobre la Ciencia Médica. Editorial Gredos S.A. Madrid, 1990. Tomo I, pag. 109.
14. Hipócrates. *Hippocratic Writings*. Penguin Books. New York, 1983. Pag. 188.
15. Illich I. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. Pantheon Books, Random House. New York, 1986.
16. Millenson ML. *The New American Health System*. William M Mercer Inc Report to the American Association of Health Plans. American Association of Health Plans. Washington DC, 1997.
17. Millenson ML. *Demanding Medical Excellence*. The University of Chicago Press. Chicago and Londo 1997.
18. De Vries MW, Berg RL, Lipkin M Jr (eds). *The Use and Abuse of Medicine*. Praeger Publishers. New York, 1982.
19. Dunning AL. *Hermano Asno*. Ediciones El País/Aguilar. Madrid, 1988. Pag. 9.
20. Sarmiento A. Staying the course. *J Bone Joint Surg* 1991; 73: 479-483.
21. Lewing R. *Complejidad. El caos como generador del orden*. Tusquets Editores S.A. Barcelona, 1992.
22. Osler W. *Counsels and Ideals & Selected Aphorisms*. The Classics of Medicina Library. Brimingham, Alabama, 1985. Pags. 153 & 17.
23. Prigogine I. *El Fin de las Certidumbres*. Editorial Andrés Bello. Santiago, 1997.
24. Thomas L. *The Youngest Science. Notes of a Medicine-Watcher*. The Viking Press. New York, 1983.
25. Sarmiento A. Medicine and industry: The payer, the piper, and the tune. *Ann CRMCCC* 2000; 33: 144.
26. Pellegrino ED. The medical profession as a moral community. *Bull NY Acad Med* 1990; 66: 222-232.
27. Wojtczak A. The concept, evolution and present problems of managed care in the United States. In press 2001.
28. Schlessinger M, Gray B. A broader vision for managed care, part 1: Measuring the benefit to communities. *Health Affairs* 1998; 17: 152.
29. Wolfe BM, Mathiesen KA. Clinical practice guidelines in nutrition support: can they be based on randomized clinical trials? *JPEN* 1997; 21:1-6.
30. Alonso M. *Revolución de la información y armonía mundial*. *Innov Ciencia (Bogotá)* 1996; V(1): 132.
31. Grumbach K. Primary care in the United States – The best of times, the worst of times. *N Engl J Med* 1999; 341: 2008-2010.
32. Rothman DJ. Medical professionalism – Focussing in the real issues. *N Engl J Med* 2000; 342: 1284-1286.
33. *Semana*. Las 100 empresas más grandes de Colombia. *Semana* 2001; 988: 98-107.
34. Strabanek P, McCormick J. *Follies & Fallacies in Medicine*. Prometheus Books. Buffalo, N.Y. 1990. Pag. 121.
35. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980; 303: 963-970.
36. Bulger RJ (ed.). *In Search of the Modern Hippocrates*. Universtiy of Iowa press. Iowa City, 1987.
37. Kleinke JD. The industrialization of health care. *JAMA* 1997; 278: 1456-1457.
37. Davidoff F. Medicine and commerce. 1: Is: Is managed care a “monstrous hybrid”? *Ann Int Med* 1998; 128: 496-499.
38. Davidoff F. Medicine and commerce. 2: The gift. *Ann Int Med* 1998; 128: 572-575.
39. Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. The association between for-profit ownership and increased medicare spending. *N Engl J Med* 1999; 341: 420-426.
40. Guidotti TL. Jane Jacobs speaks to medicine. *Annals RCPSC* 1998; 31: 397.
41. Jacobs J. *Systems of survival: A dialogue on thye moral foundations of commerce and politics*. Random House. New York, 1992.
42. Yepes F. Health reform and equity in Colombia. En: Lloyd-Sherlock P (editor). *Health Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. London, 2000.
43. Academia Nacional de Medicina. *Pronunciamento de la Academia Nacional de medicina frente a la Ley 100 de diciembre de 1993*. Bogotá, marzo 9 de 2000 (www.acadmed@cablenet.co).
44. Mdeyer GS. Liberty or tyranny: the new health care consumer Hill of rights. *Nutrition* 1998; 14:330-331.
45. Schwatz RW, Souba WW. Equipping physicians to lead: principles for innovation. *Am J Surg* 2000; 180: 185-186.
46. Schwatz RW, Pogge C. Physician leadership: essential skills in a changing environment. *Am J Surg* 2000; 180: 187-192.
47. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and medicine’s social contract. *J Bone Joint Surg* 2000; 82-A: 1189-194.
48. Krassier JP. Managed care and the morality of the market place. *N Engl J Med* 1995; 333: 50-52.
49. Kassier JO. Is maged care here to stary? (editorial). *N Engl J Med* 1997; 336: 1013-1014.
50. Cruess RL, Cruess SR. Medicine in the new millenium: Olser or Shaw? *An RCPSC* 1997; 30: 461-466.